Aus dem Pathologischen Institut
des Städt. Krankenhauses Stuttgart-Bad Cannstatt
Vorstand Prof. Dr. M. Schmidtmann

Magengeschwür und Magenkrebs, ihr Vorkommen und ihre Beziehungen zueinander

Inaugural-Dissertation

zur
Erlangung des
Medizinischen Doktorgrades
an der
Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Berlin

vorgelegt von
Kurt Stübler
aus Essen/Ruhr

Promotion: 20. Mai 1940

Buchdruckerei der Paulinenpflege Stuttgart

M 76

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. K r e u z

Referent: Prof. Dr. R ö s s l e

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Die Frage nach dem Zusammenhang zwischen chronischem Magengeschwür und Magenkrebs wird immer wieder von den verschiedensten Autoren erörtert, seit Cruveilhier die erste Beschreibung des Magengeschwürs gab und gleichzeitig die Möglichkeit der Entstehung eines Krebses aus dieser Magenerkrankung in Erwägung zog. Die Meinungen über die ätiologische Bedeutung des chronischen Magengeschwürs für den Krebs gehen recht weit auseinander. An der einen Seite stehen die Autoren, die in dem Vorhandensein eines Magengeschwürs die Sicherheit dafür sehen, daß später ein Krebs nicht auftreten kann (R. Schmidt), auf der andern Seite wird von manchen das chronische Magengeschwür, wie die dazu führenden Magenschleimhauterkrankungen, förmlich als präcanceröse Krankheit gewertet (z. B. Konjetzny, Payr, Dietrich).

Bei so verschiedenen Meinungen wird man sich fragen, worauf die unterschiedlichen Ansichten der zweifellos erfahrenen Untersucher zurückzuführen sind.

Es kann die Verschiedenheit des Materials, es kann die Verschiedenheit der Bearbeitung recht weitgehende Unterschiede verursachen. Die Verschiedenheit des Materials kann zunächst bedingt sein durch ein örtlich verschiedenes Auftreten der einzelnen Erkrankungen. So sah Schmidtmann 1917 in Kiel sehr häufig chronische Gastritiden mit multiplen kleinen und größeren Geschwüren der Magenschleimhaut, während in dem Cannstatter Untersuchungsmaterial die einzeln vorkommenden Magengeschwüre überwiegen. Man könnte sich daher vorstellen, daß in den verschiedenen Gegenden das Vorkommen, der Krankheitsverlauf und die Häufigkeit des Magengeschwürs verschiedene sind. Dabei bleibe dahingestellt, welche Umwelteinflüsse, Veranlagung, Lebensgewohnheiten bei diesen Unterschieden die wesentliche Rolle spielen.

Des weiteren ist das Material des Pathologen abhängig vom Kliniker. Die meisten Untersuchungen sind an Operationsmaterial vorgenommen. Für das Operationsmaterial spielt die Operationsfreudigkeit der Bevölkerung wie die des Chirurgen eine Rolle. Auch die Einsendefreudigkeit zur histologischen Untersuchung ist bei den verschiedenen Klinikern eine weitgehend verschiedene. Sehr häufig ist die Ansicht vertreten, daß ein Geschwür bei einem Menschen unter 40 Jahren, wenn es makroskopisch nicht verdächtig erscheint, nicht untersucht zu werden braucht, andererseits er-

scheint es dem Kliniker häufig überflüssig, einen makroskopischen Krebs noch histologisch untersuchen zu lassen. So ist jedes Untersuchungsmaterial von Zufälligkeiten abhängig, was bei der Bewertung der Befunde zu berücksichtigen ist.

Stellen wir in einer Übersicht die Befunde der verschiedenen Untersucher über die Häufigkeit der Entstehung eines Magenkrebses aus einem Magengeschwür zusammen, so ergeben sich Zahlen, die zwischen 0 und 26 % liegen, und zwar geben die verschiedenen Untersucher folgende %-Zahlen an:

Payr	26 %	Brinkmann	5,5 %
Jedlicka	26 %	Konjetzny	3—5 %
Klauser	22 %	Schneider	3,4 %
Dietrich	20,6 %	Greiß	2,9 %
Haberfeld	16 %	Borrmann	1,6 %
Orator	10—15 %	Berthold	1,3 %
Häberlin	7 %	Scheuermann	1 %
Hauser	5—6 %	Saltzmann	0 %
Borst	5,6 %	Pförringer	0 %

So weit auch die angegebenen Untersuchungsergebnisse voneinander abweichen, so läßt sich eins doch aus der Zusammenstellung entnehmen, daß in einer mehr oder minder großen Zahl von Fällen das Entstehen eines Magenkrebses aus einem Magengeschwür beobachtet worden ist. Man wird dabei zuerst die Frage aufwerfen, wann kann man mit Sicherheit sagen, daß ein krebsiges Geschwür des Magens sich aus einem Magengeschwür entwickelt hat und es sich nicht etwa um einen geschwürig zerfallenen Krebs handelt.

Nach Hauser sind es vor allem zwei Forderungen, welche erfüllt sein müssen, wenn man von einem Ulcuskrebs sprechen will:

1. Makroskopische Übereinstimmung der Geschwulstform mit der des typischen chronischen oder callösen Magengeschwürs, insbesondere also eine kreisrunde oder ovale Begrenzung mit scharfem, regelmäßigem, nicht ausgezacktem Rand und eine trichterförmige Gestalt des Geschwürs mit schräger Achse, ferner bei tieferen, penetrierenden Geschwüren die auf dem senkrechten Durchschnitt schon makroskopisch deutlich erkennbare Aufwärtskrümmung der Muskularis gegen die Schleimhaut und eine scharfe Abgrenzung gegen das schwielige Gewebe des Geschwürsgrundes.

2. Das Fehlen der krebsigen Infiltration im Geschwürsgrund, bzw. ihre Beschränkung auf den Rand des Geschwürs.

Die Beweisführung nach Hauser ist natürlich nur durch eine genaue histologische Untersuchung zu erbringen. Selbst die besten röntgenologischen Reihenuntersuchungen können nur einen Eindruck der klinischen Entwicklung an Hand der Formveränderung vermitteln, nicht aber Aufschluß über die histologischen Feinheiten des Geschwulstbaus geben.

Die Tatsache, daß nur ein Teil der Magengeschwüre in Krebs übergeht, die Mehrzahl aber nicht krebsig entartet, wirft die Frage auf, ob denn die verschiedenen Magengeschwüre histologisch gleichwertig sind oder sich in bestimmter Form voneinander unterscheiden.

Zur Untersuchung dieser Fragen wurde mir das Untersuchungsmaterial des Pathologischen Instituts des Krankenhauses Stuttgart-Bad Cannstatt zur Verfügung gestellt, und zwar habe ich in die Untersuchungen einbezogen alle die operativ entfernten Mägen, die in der Zeit vom 1. 1. 1935 bis 31. 10. 1938 zur Untersuchung kamen.

Es handelt sich lediglich um Operationsmaterial. Von diesem Material wurde nicht nur das Geschwür, respektive die Geschwulst histologisch untersucht, sondern es wurden auch verschiedene Stücke der übrigen Magenwand mikroskopiert, um ein Gesamtbild von dem Verhalten der Magenschleimhaut zu gewinnen.

Bei diesen Untersuchungen sollte zunächst geprüft werden, auf Grund von welchen verschiedenen krankhaften Veränderungen es zur Ausbildung des Magengeschwürs kommen kann. Danach war zu untersuchen, in welcher Beziehung die verschiedenen krankhaften Veränderungen zur Entstehung des Magenkrebses stehen.

Vom 1. 1. 1935 bis 31. 10. 1938 wurden insgesamt 198 resezierte Mägen dieser genauen histologischen Untersuchung unterzogen. Es handelt sich zu einem großen Teil um Fälle aus den chirurgischen Kliniken des Städt. Krankenhauses und des Rote-Kreuz-Krankenhauses Bad Cannstatt, außerdem um Resektionsmaterial verschiedener Krankenhäuser Süddeutschlands. Alle beteiligten Operateure sind in der Operationsanzeige äußerst vorsichtig und operieren, von Perforationen abgesehen, nur wirklich chronische Fälle, die durch mehrere interne Kuren nicht zu beeinflussen waren.

Bei den genannten 198 Fällen handelt es sich um 129 geschwürige und 69 krebsige Leiden.

Bei den Geschwüren entfallen 105 auf das männliche und 24 auf das weibliche Geschlecht. Dabei ist bemerkenswert, daß bei den Männern die überwiegende Zahl der Magengeschwüre vor dem 50. Lebensjahr zur Operation kommt, während die Hälfte der weiblichen Geschwürsträger über 50 Jahre alt ist.

Auf die einzelnen Altersklassen verteilen sich die Magengeschwüre folgendermaßen:

Alter	ml.	wbl.	zusammen
11—20 J.	1		1
21—30	20	4	24
31—40	38	2	40
41—50	23	6	29
51—60	17	8	25
61—70	6	4	10
	105	24	129

Die Gesamtverteilung auf die Altersklassen stimmt in unserem Material mit den sonstigen Literaturangaben gut überein. Die Kurve steigt steil an, erreicht zwischen 30 und 40 Jahren den Höhepunkt, um gegen das höhere Alter wieder langsam abzufallen.

Bei der histologischen Betrachtung der Geschwüre lassen sich recht verschiedene Bilder feststellen. Bei einzelnen Geschwüren stehen Gefäßveränderungen im Vordergrund. Es handelt sich dabei überwiegend um Wandverdickungen der Arterienäste, teils vom Aussehen der Endarteriitis obliterans, teils vom Aussehen der gewöhnlichen Arteriosklerose. Das Charakteristische dieser Geschwüre ist die Keilform des geschädigten Gewebsbezirks. Die Spitze des Keils wird von dem verengten Gefäß gebildet, die Basis ist der Geschwürsgrund. Der Geschwürsgrund ist nekrotisch, reaktive Vorgänge sind außerordentlich spärlich. In diesen Fällen weist die übrige Magenschleimhaut keinerlei Neigung zu besonderem Epithelwachstum auf, sie ist häufig atrophisch und besitzt nur wenig lymphatisches Gewebe. Zuweilen sind an anderen Stellen ähnliche kleine Nekrosen im Bereich veränderter Gefäße zu sehen.

Geschwüre, die lediglich auf Gefäßveränderungen zurückzuführen sind, sind verhältnismäßig selten. In unserem Material von 129 Fällen sind es insgesamt 26. Das Überwiegen der höheren Altersklassen spricht dafür, daß ein wesentlicher Teil der Fälle als Abnutzungserkrankung der Gefäße aufzufassen ist.

In einer doppelt so großen Anzahl von Fällen finden wir die Geschwürsbildung verbunden mit einer chronischen Entzündung. Die mit einer chronischen Entzündung verbundenen Geschwüre verteilen sich auf die verschiedenen Altersklassen in ungefähr der gleichen Weise wie die Geschwüre im allgemeinen, d. h. in prozentual gleicher Weise kann es bei den verschiedenen Altersklassen zur Geschwürsbildung bei chronischer Entzündung kommen.

Wenn hier von chronischer Entzündung und Geschwürsbildung gesprochen wird, so werden nur die Fälle in der Gruppe vereint,

bei denen die Entzündung mit einiger Wahrscheinlichkeit als der primäre Vorgang, die Geschwürsbildung als der sekundäre Vorgang betrachtet werden kann. Die zu beobachtenden entzündlichen Veränderungen lassen sich am besten in zwei Gruppen teilen. Bei der einen Gruppe fällt die Verdickung der Schleimhaut auf, bei der anderen die Atrophie. Bei der ersten Gruppe finden wir Fälle von gleichmäßiger Hypertrophie der Schleimhaut neben anderen Fällen, in denen einzelne Schleimhautpartien, die besonders stark verdickt sind, sich über die weniger stark verdickten Schleimhautstellen deutlich vorwölben. In der verdickten Schleimhaut ist es in einer Reihe von Fällen zu ausgesprochenen Drüsen- und Epithelatypien gekommen. Besonders auffallend ist in allen diesen Fällen der Reichtum an Lymphknötchen und herdförmigen lymphozytären Infiltraten. Außerdem ist in den meisten Fällen die Submucosa ausgesprochen reich an Gefäßen.

Bei der atrophischen Entzündung ist die Schleimhaut ausgesprochen dünn, es sind im allgemeinen wenig Lymphknötchen und Lymphozyteninfiltrate vorhanden, die Zahl der Gefäße ist eine schwankende, häufig läßt sich keine besondere Vermehrung feststellen, mitunter zeigen die Gefäße sekundäre degenerative Veränderungen wie Intimaverdickungen, oder auch Verdickungen der gesamten Wand. Epithelatypien sind in diesen Fällen außerordentlich selten, da meist die Drüsen klein und atrophisch sind.

Sowohl bei der hypertrophischen wie bei der atrophischen Entzündung finden sich neben dem eigentlichen Magengeschwür häufig noch multiple kleine Oberflächendefekte in Form von Erosionen.

In dem Material von 51 Fällen, bei denen die von uns untersuchten Magengeschwüre ausgedehnte entzündliche Veränderungen der Magenwand aufwiesen, fanden sich in 21 Fällen von hypertrophischer Entzündung ausgesprochene Epithelatypien, die jedoch noch nicht zu infiltrativem Wachstum geführt hatten.

Die Mehrzahl der von uns untersuchten Geschwüre ist weder auf eine primäre Gefäßveränderung noch auf eine chronische Entzündung des Magens zurückzuführen, sondern als das typische Ulcus pepticum anzusehen.

Im ganzen sind in unserem Material 57 derartige Geschwüre zur Untersuchung gekommen, bei denen wir alle Übergänge eines frischen Magengeschwürs bis zu dem chronischen, derben, callösen Geschwür finden.

Überwiegend haben wir es in unserem Material mit älteren Geschwüren zu tun, deren Grund von einem mehr oder minder derben Narbengewebe gebildet wird. In den einzelnen Fällen ist die Beschaffenheit dieses Narbengewebes eine verschiedene. Es kann entzündlich infiltriert sein, es kann gefäßreich und gefäßarm

sein. In einer Reihe von Fällen zeigen die Gefäße sekundäre Wandveränderungen, vorwiegend Verdickungen, die zuweilen auch mit Thrombose einhergehen können. In anderen Fällen sind die Gefäße gut erhalten und es ist zu einer ausgesprochenen Wucherung der Kapillaren gekommen. Entzündliche Infiltrate am Grund des Geschwürs wie in der Umgebung sind nicht selten, die Infiltratzellen können sehr verschiedenartig sein, bei den älteren Geschwüren überwiegen die Lymphozyten, bei den jüngeren Geschwüren sind mitunter reichlich Eosinophile vorhanden. Auch das Verhalten des angrenzenden Epithels ist bei den verschiedenen Fällen ein wechselndes: So sieht man in einzelnen Fällen am Rande des Geschwürs eine unveränderte Schleimhaut sich scharf absetzen, in anderen Fällen sind die Drüsen am Rande des Geschwürs atypisch geformt, ohne daß sie bereits ein infiltratives Wachstum zeigen.

Die histologische Untersuchung des vorliegenden Geschwürmaterials hat ergeben, daß bei gleichartigen Krankheitserscheinungen die Geschwüre in den verschiedenen Fällen doch sehr verschiedener Ätiologie sein können. Rein anatomisch sehen wir, neben infarktähnlichen Geschwüren auf dem Boden von Gefäßerkrankungen, Geschwüre, die im Verlauf chronischer Entzündung entstehen und dann wieder Geschwüre, die dem typischen peptischen Magengeschwür entsprechen, und deren Ätiologie nicht ohne weiteres sich aus dem anatomischen Präparat ablesen läßt.

Fragt man sich nach dem Zusammenhang zwischen Magengeschwür und Magenkrebs, so wird man zunächst die Frage aufwerfen, ob für die Entstehung des Magenkrebses diese anatomisch so verschieden zu bewertenden und ätiologisch so verschiedenen Gruppen von Magengeschwüren für die Krebsentstehung die gleiche Bedeutung haben, oder ob für die Krebsentstehung eine Gruppe besonders in Betracht zu ziehen ist.

Bevor hierüber theoretische Betrachtungen angestellt werden, soll zunächst geprüft werden, was die anatomische Untersuchung unseres Krebsmaterials ergibt.

Insgesamt kamen 69 Magenkrebse zur Untersuchung. Diese verteilen sich auf Alter und Geschlecht folgendermaßen:

Alter	ml.	wbl.	zusammen
31—40 J.	5	1	6
41—50	6	9	15
51—60	15	9	24
61—70	11	11	22
71—80	1	1	2
	38	31	69

Gegenüber den Magengeschwüren fällt bei den Krebsen die fast gleichmäßige Beteiligung der beiden Geschlechter auf, jedenfalls ist das Vorwiegen des männlichen Geschlechts lange nicht so ausgesprochen wie bei den Geschwüren.

Wie bei der Untersuchung der Magengeschwüre wurde auch bei den Geschwülsten nicht nur die eigentliche Geschwulst, sondern auch die übrige Magenschleimhaut histologisch untersucht und das Vorhandensein von eventuellen Abweichungen von der Norm in der Magenschleimhaut geprüft. Bei diesen Untersuchungen spielt vor allem das Vorkommen von entzündlichen Prozessen eine wesentliche Rolle. Schon makroskopisch lassen sich gewisse Formen von Krebsen unterscheiden: Zunächst stehen diffusen Geschwulstbildungen scharf umschriebene Geschwulstbildungen gegenüber, geschwürig zerfallenden Krebsen stehen Krebse mit wohlerhaltener Oberfläche gegenüber. Bei den geschwürig zerfallenden Krebsen wiederum wird zu unterscheiden sein, bei welchen das Geschwür der primäre Vorgang ist, und bei welchen es sich um sekundären geschwürigen Zerfall einer primären Geschwulst handelt.

Um uns eine Übersicht zu verschaffen, wie häufig sich die Magenkrebse an vorhergehende Erkrankungen anschließen, wie häufig sie in einem anscheinend unveränderten Magen entstehen, haben wir zunächst unser ganzes Material nach diesen Gesichtspunkten eingeteilt und bei beiden Gruppen wieder besondere Unterteilungen gemacht.

Bei der Gruppe der Krebse, die in einem unveränderten Magen sich entwickeln, haben wir zwischen an umschriebener Stelle entstandenen und diffusen Krebsen unterschieden, bei den Krebsen, die sich an vorhergehende Erkrankungen angeschlossen haben, wurde der Ulcuskrebs von dem Krebs getrennt, der auf dem Boden einer chronischen Gastritis ohne größere Ulcusbildung entstanden ist. Teilt man nach diesen Gesichtspunkten das bearbeitete Material von 69 Krebsen ein, so sieht man, daß die Mehrzahl der Krebse unseres Materials nicht aus einer sogenannten präcancerösen Erkrankung hervorgegangen ist. Im ganzen fanden sich bei unveränderter Magenschleimhaut 34 umschriebene und 11 diffuse Krebse, demgegenüber stehen 13, vorwiegend diffuse Krebse, die sich auf dem Boden einer chronischen Entzündung entwickelt haben und 11 typische Ulcuskrebse.

Setzen wir diese Zahlen in Beziehung zu der Gesamtzahl der Geschwüre und Krebse, so sind in unserem Material Ulcuskrebse in 7,85 % der Fälle von Ulcus entstanden. Unter der Gesamtzahl der Krebse beträgt der Ulcuskrebs 17,1 %.

Es unterscheidet sich also unser Material bereits von dem benachbarten, allerdings größeren, Tübinger Material. Gibt doch Dietrich an, daß 20,6 % sämtlicher Geschwüre in Krebs übergehen. Er fand unter 801 untersuchten Fällen 313 chronische Magengeschwüre, 407 Magencarcinome ohne Geschwür und 81 chronische Magengeschwüre mit Carcinom.

„Im Verhältnis zur Gesamtzahl der festgestellten chronischen Magengeschwüre beträgt die Verbindung von Ca und Geschwür 20,6 %. Im Verhältnis zur Gesamtzahl der festgestellten Carcinome beträgt die Verbindung von Ca und Geschwür 16,6 %."

Der größte Teil der umschriebenen Krebse hatte papilläre oder pilzförmige Gestalt, ein Teil war schüsselförmig gestaltet und z. T. auch ulceriert. Sekundäre Geschwürsbildung in derartigen Krebsen fand sich in 9 Fällen. Wie es auch sonst bei krebsigem Wachstum zu beobachten ist, konnte besonders bei den rasch wachsenden und stark zerfallenden Tumoren in der Umgebung der Geschwulstwucherungen eine reaktive Entzündung beobachtet werden.

Auch in unseren Untersuchungen nehmen die diffusen kleinzelligen Magenkrebse die gleiche Sonderstellung ein, die ihnen bereits von anderen Autoren eingeräumt wurde. Für ihre Ätiologie brachte die Untersuchung der 11 Krebse hier keinen neuen Gesichtspunkt.

Das meiste Interesse haben bei dieser Untersuchung die Krebse, die auf vorhergehende Magenerkrankungen zurückzuführen sind, also die Krebse auf dem Boden des Magengeschwürs und der chronischen Magenschleimhautentzündung.

Bemerkenswert ist bei beiden Arten von Krebsen, daß in unserem kleinen Material nicht mehr wie beim Magengeschwür das starke Überwiegen des männlichen Geschlechts zu beobachten ist, sondern daß hier Männer und Frauen fast gleichmäßig beteiligt sind.

Bei den auf dem Boden chronischer Entzündung entstandenen Carcinomen handelt es sich im wesentlichen um diffuse Krebse, bei denen in der Schleimhaut alle Übergänge vom beginnenden atypischen Epithelwachstum bis zum infiltrativen Wachstum zu beobachten sind. Vergleichen wir die Präparate dieser Krebsfälle mit den vorher beschriebenen Fällen von Geschwürsentstehung auf dem Boden entzündlicher Magenschleimhautveränderungen, so sehen wir hier nie die atrophische Magenschleimhautentzündung, sondern stets die hypertrophische Form mit den reichlich vorhandenen Lymphknötchen und lymphatischen Infiltraten. Bei dieser Entzündung ließen sich auch schon bei den Geschwürsfällen Drüsenatypien feststellen, sowie eine ausgesprochene Wachstumsneigung des Epithels. Die Submucosa erwies sich in den

Fällen hyperplastischer Gastritis mit Epithelatypien stets besonders reich an Gefäßen. Diese Fälle chronischer hyperplastischer Gastritis mit der Neigung zu Epithelatypien und anschließend mit der Neigung zum infiltrativen Epithelwachstum entsprechen den bereits von Konjetzny beschriebenen Fällen.

Auch bei den Ulcuscarcinomen haben wir in unserem kleinen Material verschiedene Stadien zu sehen bekommen. Krebse, bei denen fast der ganze Geschwürsgrund von krebsigen Wucherungen durchsetzt wird neben Krebsen, bei denen erst am Geschwürsrand die atypisch wachsenden Epithelien infiltrativ in die Muskulatur vordringen.

Vergleicht man nun diese Krebspräparate mit den verschiedenen Geschwürspräparaten, sowohl mit den Geschwüren, die keinerlei Epithelatypien oder Epithelwachstumsneigung zeigen, wie mit den Geschwüren mit deutlicher Wachstumstendenz des Epithels und versucht Gesetzmäßigkeiten in dem Verhalten herauszufinden, so fällt folgendes auf:

Wachstumsneigung des Epithels läßt sich in keinem Fall der infarktähnlichen Geschwüre bei Gefäßerkrankung mit Gefäßeinengung oder Verschluß beobachten. Wachstumsneigung der Epithelien fehlt in allen chronischen Geschwüren, deren Grund aus einem derben, gefäßarmen Narbengewebe besteht oder in Geschwüren, bei denen die Gefäße sekundäre Wandveränderungen zeigen, die zu einer Einengung des Gefäßes führen. Epithelatypien finden sich in Geschwüren, deren Grund besonders reich an Gefäß-, insbesondere Kapillarwucherungen ist, vor allem wenn außerdem noch eine Entzündung besteht.

Man macht also bei der histologischen Untersuchung der Geschwüre wieder die gleichen Beobachtungen wie bei der chronischen Gastritis. Auch bei der chronischen Gastritis treten Epithelatypien und Epithelwucherungen nur dann auf, wenn es sich um die gefäßreiche hypertrophische Form handelt, während die atrophische Form mit der Armut an lymphatischem Gewebe und der Armut an wuchernden Gefäßen Wucherungen der Epithelien nicht erkennen läßt. Es ist daher naheliegend für das Wachstum des Epithels dem Gefäßreichtum und der Gefäßversorgung den ausschlaggebenden Wert beizumessen.

Was bedeutet diese Erkenntnis für die Beurteilung der Magengeschwüre in ihrer Beziehung zum Krebs?

Zunächst lassen sich eine gute Anzahl geschwüriger Magenerkrankungen als präcanceröse Erkrankung ausschalten, so alle die Geschwüre, die sich im Anschluß an organische Gefäßschäden entwickeln, ferner die geschwürigen Prozesse, die zu sekundärer Gefäßschädigung führen.

Allerdings läßt sich die Natur der geschwürigen Erkrankung im allgemeinen erst histologisch sicherstellen, so daß auf Grund der klinischen, insbesondere auch der Röntgenuntersuchung sich kein Urteil abgeben läßt, welcher Natur die geschwürige Erkrankung des Magens ist. Die Abhängigkeit des Epithelwachstums von dem Gefäßreichtum zeigt aber auch, wie notwendig es gerade bei jugendlichen Ulcuskranken ist, die histologische Untersuchung der Geschwüre durchzuführen, denn gerade beim Jugendlichen sind Kapillarwucherungen häufiger und ausgedehnter wie bei älteren Leuten.

Fasse ich die Ergebnisse meiner Untersuchungen zusammen: Unter dem klinischen Begriff des Magengeschwürs sind vereinigt Oberflächendefekte der Magenschleimhaut, die auf Grund sehr verschiedenartiger anatomischer Vorgänge entstehen können.

Die anatomisch nachweisbare Verschiedenheit der Entstehung ist bestimmend für die weitere Entwicklung des Geschwürs, insbesondere für die Entwicklungsmöglichkeit eines Krebses.

Geschwüre, die bedingt werden durch schwere Gefäßschäden, neigen ebensowenig zu einem Epithelwachstum wie Geschwüre, die sich in einer atrophischen Schleimhaut mit sekundärer Gefäßverödung entwickeln.

Ein infiltratives Epithelwachstum konnten wir nur in den Fällen beobachten, bei denen eine abnorme Wucherung von Kapillaren im Geschwürsgrund und in der Umgebung des Geschwürs festzustellen war; meist waren diese Gefäßwucherungen verknüpft mit einer Entzündung.

Die Ulcuscarcinome nehmen unter den Magenkrebsen an sich nur einen kleinen Raum ein, etwa ein Sechstel der Fälle. In nahe Beziehung zu denUlcuscarcinomen möchte ich die auf dem Boden einer chronischen Entzündung entstandenen diffusen Carcinome setzen, die ungefähr in gleicher Zahl in meinem Material zu beobachten sind.

Zwei Drittel der Fälle von Krebs haben sich im anscheinend unveränderten Magen entwickelt. Das Auftreten dieser Krebse wird durch die Operation des Magengeschwürs nicht zu beeinflussen sein.

So sieht man scharf getrennt voneinander zwei Gruppen von Magenkrebsen:

1. Die Mehrzahl der Krebse anlagemäßig bedingt, in ihrer Entstehung bisher nicht beeinflußbar.

2. Die auf dem Boden chronisch entzündlicher Vorgänge entstandenen Carcinome, bei denen der Ulcuskrebs durch Entfernung der präcancerösen Erkrankung operativ beeinflußbar erscheint.

Tabellarische Übersicht des untersuchten Materials

Lfd. Nr. u. J.Nr.	Alter	Geschl.	Klinische Mitteilungen	Anatomische Diagnose
1 22/35	60	wbl.	Ulcuscarcinom. Klin. und röntgenologisch Magenca.	Schüsselförmig. Magenkrebs. Chronische Gastritis der Pylorusgegend.
2 35	60	ml.	Anacides ulcus ventriculi. Malignität? Vor 2 J. Melanoepitheliom, 1 J. später Sarkom.	Callöses Magengeschwür. Keine Veränderung der übrigen Magenwand.
3 52/35	69	ml.	Magen-Ca. Seit ½ J. Beschwerden. Anacidität, Tumor. Kein Drüsenbefund. Gute Beweglichkeit d. Magens.	Rasch wachsender Drüsenkrebs mit sekundärer Entzündung.
4 60/35	56	wbl.	Resektionsmaterial aus dem Magen. Seit mehreren Jahren f. Magenulcus typ. Beschwerden. Altes ins Pankreas perforiertes Ulcus callosum.	Peptisches Magengeschwür, perforiert.
5 78/35	55	ml.	Magenulcus.	Altes callöses Geschwür mit frischer Entzündung. Phlegmonöse Gastritis.
6 97/35	60	ml.	Stück aus einem großen Magentumor.	Diffuser, teils adenomatöser, teils solider Krebs.
7 417/35	50	ml.	Resez. Magen und eine Drüse. Röntgenol. und klin. ulcus ventr. Schwere Blutung.	Endarteriitis obliterans. Geschwür im zugehör. Schleimhautbezirk. Chron. Gastritis.
8 435/35	42	wbl.	Magenstück, ulcus duodeni. Pylorusstenose.	Callöses Geschwür. Lymphknötchenreiche Schleimhaut.
9 556/35	39	ml.	Magen. Ulcusbeschwerden mit fraglicher Perforation.	Umschriebenes peptisches Magengeschwür mit entzündlicher Infiltration der Umgebung.
10 563/35	45	wbl	Magen u. Lymphdrüsen aus omentum majus. Ulcuscarcinom? Tbc?	Peptisches Geschwür, chron. Gastritis.

Lfd. Nr. u. J.Nr.	Alter	Geschl.	Klinische Mitteilungen	Anatomische Diagnose
11 655/35	56	ml.	Magen. Seit längerer Zeit Beschwerden.	Rezidivierende Gastritis mit hämorrhagischen Erosionen und kleinen Geschwüren.
12 1005/35	61	wbl.	Magenstück. Starke Superacidität. Ulcus-Ca?	Chronische Gastritis mit starker Vermehrung des lymphatischen Gewebes. Epithelatypien in der Schleimhaut.
13 1070/35	46	wbl.	Magen. Carcinom.	Teils adenomatöser, teils solider Krebs. Papillomatöser Krebs.
14 1100/35	40	ml.	Magen und Drüse. Magenulcus.	Chronische und frische Entzündung in der Umgebung von Magengeschwüren. Chron. Hyperplasie des Lymphknotens. Sekundäre Entzündung, sehr viel Eosinophile.
15 1197/35	24	ml.	Magenstück mit ulcus. Rö.: Großes präpylorisches ulcus.	Scharf begrenztes peptisches Geschwür mit ausgedehnter Narbenbildung u. sekundären Gefäßveränderungen. Entzündung in der Umgebung des Geschwürs.
16 1420/35	54	ml.	Ulcus ventriculi, reseziert.	Geschwür mit starker Narbenbildung und sekundärer Arteriosklerose. Entzündung der anliegenden Schleimhaut.
17 1442/35	51	ml.	Reseziertes Magenstück. Rö.: Ulcus ventriculi. Das Ulcus war so stark mit dem Pankreas verwachsen, daß es nicht entfernt werden konnte.	Magenschleimhaut: Chronisch-hypertrophierende Entzündung. Ulcus selbst nicht zu beurteilen, weil nicht im Präparat vorhanden.
18 1493/35	56	ml.	Magentumor am Ausgang des Magens. Beschwerden seit ½ Jahr. Pylorusstenose.	Teils adenomatöser, teils solider Krebs mit sekund. Entzündung, blumenkohlartig.

Lfd. Nr. u. J.Nr.	Alter	Geschl.	Klinische Mitteilungen	Anatomische Diagnose
19 1558/35	35	ml.	Magenwand. Verdacht auf Ca ventriculi.	Chronisches peptisch. Magengeschwür. Atrophie d. Schleimhaut. Sekund. entzündliche Erscheinungen und Magenarterienverdickung.
20 1568/35	32	ml.	Perforierter Magen. Resektion mit vorderer G.E.	Chronisches peptisch. Magengeschwür mit akuter Entzündung. Atrophische Schleimhaut ohne entzündliche Veränderungen.
21 1627/35	34	ml.	Magenulcera.	Verschwielung d. Submucosa. Hypoplasie d. lymphatischen Apparate. Pept. Geschwür.
22 1665/35	38	ml.	Reseziertes Duodenalstück. Ulcus duodeni pept.	Peptisches Geschwür. Chron. Gastritis. Frische Gastritis in der Umgebung d. Geschwürs.
23 1684/35	45	wbl.	Präpylorisches ulcus. Pylorusstenose mit Hyperacidität. Ca?	Infiltrierend wachsender ulcerierter Krebs mit Metastasen. Anliegende Schleimhaut mit Epithelatypien.
24 1711/35	68	ml.	Magen. Ca ventriculi?	Adenomatöser kleinzelliger Krebs. Hyperplast. Schleimhaut mit zahlr. herdförmigen Drüsenschlauchatypien.
25 1754/35	36	ml.	Magen- und Duodenalstück. Typische auf Jahre zurückzuverfolgende Ulcusanamnese.	Chronische Entzündung mit zahlr. Geschwüren. Reichl. Drüsenschlaucherweiterungen.
26 1763/35	64	wbl.	Magentumor. Drüse aus Omentum minus. Seit ½ Jahr Abmagerung. Faustgroßer, aber noch resezierbarer Tumor.	Gallertkrebs.
27 1773/35	66	wbl.	Teilresektion des Magens. Ulcus? Skirrhus? Tumor in Pylorusnähe.	Adenomatöser Krebs. Chronisch-plastische Gastritis.

Lfd. Nr. u. J.Nr.	Alter	Geschl.	Klinische Mitteilungen	Anatomische Diagnose
28 1790/35	39	ml.	Magenresektion wegen Ulcus der kleinen Curvatur u. sekund. Pylorospasmus. Am Pylorus kleines Ulcus und Narbengewebe.	Pept. Magengeschwür neben versprengtem Pankreaskeim. Plastische Gastritis.
29 1894/35	54	ml.	Magenresektion. Kindsfaustgroßer Tumor am Magenausgang. Metastasen im Mesocolon u. Peritoneum. Carcinomatöse Lymphangitis.	Schüsselförmig. Drüsenkrebs, stellenweise skirrhös. Keine primäre Entzündung.
30 1902/35	50	ml.	Stück aus reseziert. Ca ventr. praepyl. u. Drüse. Drüsenmetastasen.	Adenomatöser Krebs mit sekund. Entzündung der Magenschleimhaut. Papillärer Bau.
31 9/36	28	ml.	Magen. Seit Jahren Ulcusbeschwerden. Rö.: Ulcusnische a. Pylorus.	Hypertrophierende chronische Gastritis. Veränderungennicht gleichmäßig verteilt.
32 136/36	69	wbl.	Stück aus Magentumor. Klin. Adenocarcinom.	Adenomatöser, z. T. schleimbildender Krebs.
33 172/36	38	ml.	Ulcus und Drüse. Seit Jahren Magenbeschwerden. Cirkuläres präpylorisches Ulcus.	Ulcuskrebs m. Lymphknotenmetastasen.
34 285/36	57	ml.	Pylorusteil des Magens. Ca? Beschwerden erst seit 6 Wochen, früher Cholecystitis. Bauchnarbenbruch. Rö.: Ca. Klinisch nicht als Ca imponierend. Op.: Verhärtung in der Pylorusgegend.	Diffuser adenomatöser Krebs. Chronische Gastritis überall mit beginnenden Epithel- und Drüsenatypien.
35 291/36	30	ml.	Resezierte Magenpartie. Resektion wegen stenosierendem Pylorusulcus.	Scharf begrenztes peptisches Geschwür. Keine Gastritis.

Lfd. Nr. u. J.Nr.	Alter	Geschl.	Klinische Mitteilungen	Anatomische Diagnose
36 426/36	54	wbl.	Resezierter Magen. Ulcus callosum. Klinisch bestand Ca-Verdacht. 25—30 Pfd. Gewichtsabnahme in 3—4 Monaten. Subacidität.	Ulcuskrebs mit starker reaktiver Entzündung. Lymphknötchen in der gesamten Schleimhaut vermehrt. Breites gefäßreiches Narbengewebe.
37 480/36	37	ml.	Perforiertes Ulcus duodeni. Vor 2½ Jahren perf. ulcus duodeni, das übernäht wurde.	Callöses Geschwür.
38 663/36	63	wbl.	Resezierter Magen. Ca? nach Ulcus. Seit Jahren Ulcusbeschwerden. Seit 2 Monaten gelegentl. Erbrechen. Abmagerung.	Ulcuscarcinom. Geschwür mit ausgedehnter Narbenbildung. An beiden Rändern Tiefenwachstum des Epithels.
39 686/36	58	ml.	Ulcus duodeni. Resezierte Magenpartie.	Polypöse Gastritis mit Geschwürsbildung.
40 701/36	44	ml.	Resezierter Magen. Magenperforation.	Ulcuscarcinom perforiert. In dem alten Ulcusnarbengewebe reichlich weite Gefäße. Übrige Schleimhaut keine wesentliche Veränderungen.
41 704/36	59	wbl.	Resezierter Magen. Ca?	Breiter ringförmiger skirrhöser Krebs mit reichlich Lymphozyteninfiltraten in ödematös narbiger, gefäßreicher Submucosa.
42 819/36	68	wbl.	Magen. Mageninhalt.	Chron. atrophierende Gastritis m. Drüsenschlauchatypien. Multiple Geschwüre und Blutungen.
43 1039/36	28	ml.	Reseziert. Magenstück. Typische Beschwerden eines pylorusnahen Ulcus. Konservativ keine Besserung.	Chronische, hypertrophierende Gastritis mit zahlr. Schleimhautdefekten und kleinen Geschwüren. Keine Drüsenschlauchatypien.

Lfd. Nr. u. J.Nr.	Alter	Geschl.	Klinische Mitteilungen	Anatomische Diagnose
44 1063/36	61	wbl.	Magenstück. Seit 1 Jahr Beschwerden. Blutsenkungszeit 2 Stunden.	Geschwürig zerfallender adenomatöser Krebs.
45 1105/36	30	ml.	Resez. Magen-Darmpartie. Ulcus pept. perforiert an der G.E.-Stelle.	Tiefgehendes peptisches Geschwür mit frischer Entzündung der Umgebung. Keine älteren Schleimhautveränderungen.
46 1127/36	60	ml.	Ulcus-Ca des Magens.	Adenomatöser Krebs auf dem Boden eines alten Geschwürs. Übrige Schleimhaut keine wesentl. entzündlichen Veränrungen. Submucosa ödematös Keine verdickten Gefäße.
47 1141/36	37	ml.	Antrum des Magens. Desolater Allgemeinzustand. Pylorusstenose. Laparatomie: Skirrhöser Tumor am Pylorus unter Beteiligung des Pankreaskopfes.	Chron. Schleimhauthypertrophie. Resorptionssteigerung in den Lymphknoten.
48 1174/36	40	ml.	Resezierter Magen. Lange schon Ulcusbeschwerden. Altes Ulcus, Narbe?	Chronisch-hypertrophierende Gastritis mit beginnendem infiltrativem, adenomatös-krebsigem Epithelwachstum. Ungewöhnlicher Reichtum an lymphatischem Gewebe, gefäßreiche Submucosa.
49 1301/36	41	ml.	Magenstück. 2/3-Resektion des Magens wegen Ulcus. Drüse aus dem Omentum minus.	Hypertrophierende Gastritis. Callöses Geschwür, ausgedehnte sekund. Gefäßwandverdickungen.
50 1368/36	29	ml.	Resesiertes Magenstück. Alte G. E. Narbe. Ulcus pept. jejun. nach der Bauchwand perforiert.	Perforiertes Magengeschwür mit frischer Entzündung der Umgebung. Schleimhaut o. B. Ausgedehnte sekundäre Gefäßveränderungen.

Lfd. Nr. u. J.Nr.	Alter	Geschl.	Klinische Mitteilungen	Anatomische Diagnose
51 1369/36	59	ml.	Resektionspräparat des Magens. Ca?	Diffuser skirrhöser Magenkrebs mit ausgedehnter chron. Entzündung. Plast. Schleimhautentzündung mit Drüsenschlauchatypien und reichlich Lymphknötchen.
52 1389/36	62	ml.	Resez. Magen. Chronisches Magenulcus mit Pylorospasmus.	Isoliertes chronisches Magengeschwür. Keine Gastritis. Stark überhängender Rand hypertrophischer Schleimhaut. Dickwandige Arterien.
53 1437/36	64	ml.	Resez. Magen. Erscheinungen eines leicht stenosierenden Ca.	Chronische Gastritis. Diffuser skirrhöser Krebs. Massenhaft Lymphknötchen. Submucosa ödematös, hat vermehrte weite Gefäße.
54 1594/36	44	ml.	Magen. Ulcus callosum.	Callös. Magengeschwür. Chronische Gastritis. Arteriosklerose der Gefäße mit Thrombangitis.
55 1674/36	32	ml.	Ulcus pept. an alter G.E.Stelle. Starke Gefäße, welche vermutlich arrodiert wurden. Nie Beschwerden.	Thrombangitis obliterans mit nahezu völliger Verlegung einer größeren Arterie durch Thromben. Kleine Schleimhautnekrose im Bereich einer alten Naht.
56 2016/36	30	ml.	Magen. Ulcus callosum der kleinen Curvatur.	Umschriebenes call. Magengeschwür. Gefäße mit ausgedehnten sekundären Gefäßwandverdickungen.
57 2055/36	40	ml.	Magen mit alter G.E. und Ulcus jejun. pept. mit Perforation ins Colon transversum.	Ulcus pepticum. Vermehrte Gefäße in verdickter Wand.
58 2058/36	68	wbl.	Reseziertes Magenstück. Hochgradige Pylorusstenose. Ulcus ad pylor. Malignität?	Kleinzell. adenomatöser Krebs in einer Schleimhautnarbe. Krebs selbst polypös.

Lfd. Nr. u. J.Nr.	Alter	Geschl.	Klinische Mitteilungen	Anatomische Diagnose
59 2060/36	25	ml.	Resezierte Magenpartie. Ulcus duodeni u. ventr. Schnitt durch Ulcus	Peptisches Magengeschwür. Normale Magenschleimhaut.
60 2071/36	40	ml.	Resezierte Magenstück. Callöses penetrierendes Ulcus ad pylorum.	Isoliertes chronisches Magengeschwür mit Perforation. Im Narbengewebe zahlr. Gefäße mit stark verdickter Wand, daneben noch wohlerhaltene Gefäße. Am Geschwürsrand dicke Polster lymph. Gewebes.
61 2105/36	54	wbl.	Magen. Altes Ulcus am Magenausgang. Vor zwei Jahren G.E. Wegen erneuter Beschwerden 2/3 Resektion.	Diffuses Magencarcinom bei chron. Gastritis mit reichlich Lymphknötchen und Drüsenatypien.
62 2136/36	70	ml.	Resezierte Magenstück. Ulcus perforiert.	Polypös. adenomatöser Krebs, daneben chronisches Magengeschwür mit narbig. Grund. Verhältnismäßig wenig veränderte Gefäße.
63 2141/36	62	wbl.	Resezierte Magenstück. Ulcus der kleinen Curvatur.	Chronische Gastritis mit Geschwürsbildung u. beginnendem krebsigem Wachstum.
64 2164/36	31	ml.	Perforierter Magen. Ulcus duodeni.	Rezidivier. Magengeschwüre. Geringfügige chron. Gastritis. Ausgesprochene Hypertrophie der Schleimhaut ohne Epithelatypien.
65 2246/36	67	wbl.	Resezierte Magenstück. Im letzten Vierteljahr Gewichtsabnahme, Druck in der Magengegend, Appetitlosigkeit. Vor 14 Tagen erbrochen, z. T. alte Speisen. Klinisch: Palpabler Tumor, Achylie, reichl. Milchsäurestäbchen. Stuhl: Sang. pos.	Adenomatöser Krebs mit sekundärer Entzündung. Entferntere Schleimhaut ohne Besonderheiten.

Lfd. Nr. u. J.Nr.	Alter	Geschl.	Klinische Mitteilungen	Anatomische Diagnose
66 2325/36	49	ml.	Resseziertes Magenstück. Klin.: Blutendes Ulcus an der kleinen Curvatur. Sekundäre Anämie. Ca?	Ulcuscarcinom. Resorptionssteigerung der Lymphknoten. Gastritis, einzelne Gefäße ausgesprochen dickwandig.
67 2373/36	24	wbl.	Resseziertes Magenstück. Vor 2 Wochen mit den Symptomen der gedeckten Perforation eingeliefert. Verwachsung der Duodenalvorderwand mit Gallenblase und Leber. 2. Ulcus an der Hinterwand ins Pankreas penetrierend.	Chronische diffuse Gastritis. Kleine Erosionen. Perforierendes Magengeschwür.
68 2384/36	44	wbl.	Magenulcus. Ca? Verdacht auf Ca.	Chron. atrophierende Gastritis mit ausgesprochenen Drüsenatypien. Zahlreiche Erosionen, kleine Geschwüre.
69 2387/36	52	ml.	Resseziertes Magenstück. Jahrelange Ulcusanamnese. Starke Verwachsungen mit Leberunterfläche.	Thrombangitis obliterans mit sekundärem Magengeschwür. Ausgedehnte Schwielenbildg.
70 162/37	41	ml.	Resseziertes Magenstück mit ulcus duodeni. Dreijährige Anamnese. Gastrektasie.	Chronisches Geschwür. Entzündung der Umgebung. Drüsenatypien am Geschwürsrand.
71 263/37	66	wbl.	Magencarcinom auf dem Boden eines früheren Ulcus?	Diffuser kleinzelliger Krebs.
72 283/37	51	ml.	Magen. Hochsitzendes Carcinom, deshalb fast totale Resektion.	Solider Magenkrebs, zum Teil ulzeriert. Keine Zeichen von Entzündung der Magenwand.
73 329/37	28	ml.	Magenteil. Tiefsitzendes Ulcus duodeni.	Peptisches Duodenalgeschwür. Narben, jedoch keine Entzündung der Umgebung.

Lfd. Nr. u. J.Nr.	Alter	Geschl.	Klinische Mitteilungen	Anatomische Diagnose
74 400/37	36	ml.	Ulcus. Seit 4 Monaten Magenbeschwerden. Völlig uncharakteristische Anamnese. Rö.: Stenosierendes Ulcus.	Chron. Gastritis mit chron. Magengeschwür.
75 455/37	51	wbl.	Stück von reseziertem Magen. Großes Ulcus callosum. Verdacht auf Malignität.	Chronische Gastritis mit Geschwürsbildung mit beginnendem krebsigem Wachstum am Geschwürsrand.
76 527/37	55	ml.	Reseziertes Magenstück. Pylorusstenose. Keine Metastasen. Subacide Säurewerte. Occ. Blut pos.	Adenomatöser Krebs mit Lymphangitis carcinomatosa und sekundärer Schleimhautnekrose.
77 571/37	65	ml.	Magenresektion. Ca und Drüse.	Adenomatöser Krebs. Resorptionssteigerung der Lymphknoten.
78 590/37	33	ml.	Stück von reseziertem Magen. Ulcustumor. Übergang in Ca?	Chronisches Magengeschwür mit ausgedehntem Narbengewebe. Teils skirrhöser, teils schleimbildender Krebs in keinem Zusammenhang mit dem Geschwür.
79 810/37	28	ml.	Reseziertes Magenstück. Ulcus duodeni. Zehnjährige Anamnese.	Chronisch. peptisches Magengeschwür. Hypertrophische Schleimhaut. Keine Entzündg.
80 818/37	55	wbl.	Magen-Ca zur Demonstration.	Schleimbildender Krebs, sehr zellreich. Keine Lymphknotenmetastasen, nur Resorptionssteigerung.
81 884/37	47	wbl.	Magentumor nebst Drüse. Präpylorischer Tumor. Drüsenmetastasen. Ca ventriculi.	Chronische Entzündung mit Drüsenatypien. Schleimkrebs mit Drüsenmetastasen.
82 889/37	50	ml.	Stück aus Magentumor. Klinisch: Ca ventriculi.	Solider papillärer Krebs mit Metastasen. Keine entzündlichen Veränderungen.

Lfd. Nr. u. J.Nr.	Alter	Geschl.	Klinische Mitteilungen	Anatomische Diagnose
83 1034/37	49	ml.	Zwei resezierte Magenstücke. Ulcusanamnese von 8 Jahren. Normale Säurewerte.	Callöses Geschwür mit herdförm. Lymphozyteninfiltraten. Ausgedehnte diffuse chronische Gastritis mit stellenweise Schleimhautatrophie.
84 1043/37	45	ml.	Magen. Ulcus duodeni nach dem Pankreas perforiert. Achtjährige Anamnese.	Peptisches Geschwür. Narbenbildung in der Umgebung des Geschwürs. Regeneratorische Drüsenwucherungen.
85 1126/37	45	ml.	Resezierter Magen. Ulcus pyl. Jahrelanges Bestehen. Malignität?	Diffuse chronische Gastritis mit frischem Geschwür und leukozytärer Infiltration der Umgebung. Chron. Lymphangitis.
86 1147/37	47	ml.	Resezierter Magen. 18jährige Ulcusanamnese. Seit 2 Jahren stärkste Beschwerden. Abmagerung. Malignität?	Callöses Geschwür mit frischer Entzündung d. Narbengebiets. Kapillarreiches Narbengewebe. Stark überhängender Randwulst.
87 1180/37	38	ml.	Reseziertes Magenstück. Schon früher zweimal operiert, davon einmal wegen Perforation.	Chronisch-hypertrophierende Entzündung mit Geschwürsbildung. Keinerlei Epithelatypien, gefäß- u. bindegewebsreiche Submucosa.
88 1185/37	37	ml.	Reseziertes Magenstück. Billroth II wegen Ulcus duodeni, das mit dem Pankreas verwachsen war.	Hypertrophierende Gastritis mit Epithelatypien an umschriebenen Stellen.
89 1197/37	59	ml.	Reseziertes Magenstück. 10jährige Ulcusanamnese. Operation vier Stunden nach Perforation.	Chron. Magengeschwür mit oberflächlicher Nekrose. Ausgesprochene sekundäre Entzündung.
90 1207/37	39	ml.	Magen. Seit Jahren Ulcusbeschwerden. Ulcus ventr. callosum.	Callöses Geschwür. Keine Epithelatypien. Im Narbengewebe reichlich dickwandige Arterien.

Lfd. Nr. u. J.Nr.	Alter	Geschl.	Klinische Mitteilungen	Anatomische Diagnose
91 1267/37	24	wbl.	Magen. Seit 4 Tagen Beschwerden. Heute Erscheinungen eines perforierenden Ulcus.	Frische Entzündung des Magens an der Randpartie eines Geschwürs.
92 1288/37	58	ml.	Magen. Längere Zeit bestehende Pylorusstenose. Ulcus ad pylorum.	Chronisch geschwürige Entzündung. Zahlr. Erosionen, scharfe Schleimhautgrenze.
93 1315/37	61	ml.	Stück eines resezierten Magens u. Drüse. Starke Magenektasie bei Ulcus präpyloric.	Schleimhautpolypose m. Übergang in diffuse Krebsbildung.
94 1420/37	43	ml.	Reseziertes Magenstück. Seit ¼ Jahr Ulcus ventriculi-beschwerden.	Arteriosklerose der Magenarterien mit infarktähnlichen Geschwüren neben Wucherungen von lymphat. Gewebe.
95 1430/37	56	ml.	Magenresektion wegen Ulcus callosum. Begründeter Verdacht auf maligne Entartung.	Oberflächlich nekrotischer, vorwiegend polypöser Krebs.
96 1509/37	42	ml.	Reseziertes Magenstück. Typische Ca-ventriculi-Anamnese.	Geschwürig zerfallender, teils adenomatöser, teils solider Krebs. Keine älteren entzündlichen Veränderungen der Umgebung.
97 1522/37	50	wbl.	Stück vom Rand eines Magenulcus Ca?	Zentral zerfallender adenomatöser Krebs m. Metastasen und sekundärer Entzündung.
98 1526/37	38	ml.	Resez. Magen. Perforiertes Ulcus an der Magenhinterwand.	Scharfbegrenztes tiefgehendes Geschwür mit starker eosinophiler, reaktiver Entzündung. Hypertrophie der anliegenden Schleimhaut ohne Epithelatypien.
99 1618/37	55	ml.	Magen. Seit mehreren Jahren Beschwerden.	Callöses Geschwür.

Lfd. Nr. u. J.Nr.	Alter	Geschl.	Klinische Mitteilungen	Anatomische Diagnose
100 1651/37	59	ml.	Reseziertes Magenstück.	Tiefgehend. peptisches Magengeschwür mit derbem Callusgewebe am Grund. Chronisch hypertrophierende Entzündung der Umgebung.
101 1678/37	43	ml.	Magen. Perforiertes Magenulcus.	Typisches peptisches Magengeschwür.
102 1720/37	32	ml.	1935 G.E. Seit einiger Zeit wieder Beschwerden. Verdacht auf Ulcus. Heute Abtragung des Magenstumpfes.	Chronische Gastritis m. oberflächlichen Epitheldefekten. Reichlich Lymphozyteninfiltrate und Gefäße im submucösen Gewebe. An umschriebenen Stellen Epithelatypien inmitten chronischer Entzündungsherde.
103 1818/37	41	ml.	Reseziertes Magen-Duodenumstück. Präpylorisches Ulcus.	Chronisch atrophierende Gastritis mit oberflächlichen Geschwüren. Keine Neigung zu Epithelwachstum.
104 1820/37	42	wbl.	Magen-Ca. Resektionspräparat. Vierteljährige Anamnese.	Geschwürig zerfallender solider Krebs, kleinzellig, polypös.
105 1821/37	43	ml.	Magenulcus zur Demonstration.	Chronisch hypertrophierende Gastritis mit scharf begrenztem peptischem Geschwür. Keine Drüsenatypien.
106 1878/37	35	ml.	Resektionspräparat vom Magen. Großes Ulcus der kleinen Curvatur.	Polypöse Gastritis. Thrombangitis obliterans mit sekundärer Magenwandnekrose und Geschwürsbildung.
107 1968/37	72	wbl.	Resezierter Magen. Klinisch Tumor tastbar.	Adenomat. Krebs mit Lymphknotenmetastasen. Chron.-plastische Gastritis mit Drüsenschlauchatypien.
108 1996/37	44	ml.	Stück eines Magentumors. Resektion wegen Tumor d. kleinen Curvatur.	Diffuser adenomatöser Krebs bei chronischer Entzündung mit ausgedehnten Narben in der Muskulatur.

Lfd. Nr. u. J.Nr.	Alter	Geschl.	Klinische Mitteilungen	Anatomische Diagnose
109 2048/37	66	ml.	Magenresektionspräparat. Perforiertes Magen-Ca.	Medullärer Krebsknoten der Magenwand. Schüsselförmiger Krebs.
110 2081/37	61	ml.	Magen mit verschiedenen Ulcera. Klinisch Pylorusstenose. Maligne Entartung?	Callöse Geschwüre. Sekund. Wandverdickung der Gefäße. Ausgedehnte Narbenbildung in der Magenmuskulatur.
111 2083/37	52	ml.	Magenresektionspräparat. Ulcus penetrierte in das Pankreas. 1929 schon Perforation.	Altes callös. Magengeschwür mit großer Nekrose. Arteriosklerose der Gefäße. Frische Entzündg. Gefäßwände verdickt, aber überall durchgängig.
112 2150/37	54	ml.	Magengeschwulst. Tumor in toto entfernt.	Chron. Geschwür mit Übergang in skirrhösen Krebs. Reichlich lymphatisches Gewebe in der Umgebung.
113 2161/37	33	ml.	Magenwand. Rand aus einem Ulcuskrater. Großes callöses Ulcus ins Pankreas penetrierend. Verdacht auf maligne Entartung.	Chronisches Geschwür mit Überg. in skirrhösen Krebs.
114 2189/37	60	ml.	Magenpräparat. Seit 3 Monaten Völlegefühl nach dem Essen.	Adenomatöser, diffuser, kleinzelliger Krebs. Keine Zeichen vorhergehender Entzündung. An der Außenfläche des Magens eine Narbe. Schleimhaut hypertrophisch.
115 2214/37	47	wbl.	Stück von reseziertem Magen. Angebl. erst seit 6 Wochen Beschwerden. Ca? Sarkom?	Kleinzellig., sehr rasch wachsender Magenkrebs. Schleimhaut zieht an vielen Stellen darüber weg.
116 2230/37	58	ml.	Gewebsstück von inoperablem Magentumor. Harter Tumor am Magenausgang.	Umschriebene krebs. Lymphangitis inmitten von Fettgewebe. (Tumor selbst nicht dabei.)

Lfd. Nr. u. J.Nr.	Alter	Geschl.	Klinische Mitteilungen	Anatomische Diagnose
117 2314/37	58	ml.	Magen. Stenosierendes Duodenalulcus ins Pankreas penetriert.	Peptisch. Geschwür, von derbem Narbengewebe umgeben. Sekundäre entzündliche Infiltrate in der Umgebung, auch im Fettgewebe.
118 2330/37	62	ml.	Magen u. Lymphknoten. Klinisch: Magenca.	Schleimkrebs des Magens mit Metastase. Keinerlei Narben oder ältere entzündliche Erscheinungen.
119 2337/37	33	ml.	Resezierter Magen. Ulcus duodeni mit dem Pancreas verwachsen.	Chronisch-katarrhal. Gastritis. Entzündliche Infiltrate bis in die Muskulatur reichend. Vernarbtes Duodenalgeschwür. Gleichmäß. Hypertrophie der Schleimhaut. Keine Atypien.
120 2354/37	40	ml.	Magenresektion. Alte narbige Stenose des Duodenum.	Chron. Geschwür mit z. T. gefäßreichem Granulationsgewebe und Entzündung der Umgebung. Atrophierende Gastritis.
121 2366/37	39	ml.	Resektion wegen Ulcus pept. Erste Operation 1929.	Chronisch-hypertrophierende Gastritis mit Lymphknotenvermehrg. Stellenw. Atypien.
122 2448/37	22	wbl.	Magenresektion. Seit ½ Jahr Schmerzen im Oberbauch. Erbrechen. Rö.: Ulcus.	Oberflächl. Erosionen. Geringfügige Rundzelleninfiltration, vorwieg. an Stellen lokalisiert, die äußeren Verwachsungsstellen entsprechen.
123 2467/37	18	ml.	Resezierter Magen und Duodenum. Rö.: 2 Geschwüre am Duodenum.	Chronisches Geschwür mit stark. Bindegewebswucherung. Wucherung auch d. Kapillaren. Keine chron. Entzündung.
124 2486/37	50	ml.	Magen. Penetrierendes Pylorusgeschwür.	Scharf umschrieb. Geschwür bei Arterienembolie.
125 2489/37	54	ml.	Tumor am Pylorus. Magen-Ca.	Diffuser adenomatöser Magenkrebs, mit oberflächlichem Schleimhautdefekt.

Lfd. Nr. u. J.Nr.	Alter	Geschl.	Klinische Mitteilungen	Anatomische Diagnose
126 2497/37	58	ml.	Magen. Seit 8 Wochen stärkere Schmerzen u. Erbrechen. Rö.: Großes Ulcus, kleine Curvatur.	Chronisch-peptische Magengeschwüre bei plastischer Gastritis mit zahlreich. Drüsenatypien.
127 2563/37	59	wbl.	Resezierter Magen. Seit 8 Wochen Beschwerden. Seit 6 Wochen Erbrechen. Fast totaler Pylorusverschluß. Ca?	Auffällig starke Hypertrophie der Magenmuskulatur. Kleinzelliger ulzerierter Krebs bei chron.-plastischer Gastritis.
128 2568/37	37	ml.	Magen. G.E. wegen großen Ulcus duod. Jetzt Ulcus reseziert.	Frisches Geschwür gegenüber Gastroenteroanastomose.
129 2588/37	47	wbl.	Resezierter Magen. Seit 4 Mon. Ulcusbeschwerden. Rö.: Großes Ulcus der kleinen Curvatur.	Drüsenkrebs in alter Geschwürsnarbe. Auffallender Reichtum an lymphatischem Gewebe. Chronisch-plastische Gastritis.
130 2598/37	40	ml.	Ulcus duodeni mit Stenose. Magenanamnese seit 1920.	Tiefgehendes peptisches Magengeschwür m. geringfügiger Entzündg. Keinerlei Epithelwachstum.
131 2639/37	29	ml.	Magen. Ulcus ventriculi.	Pept. Geschwür mit Epithelatypien der obersten Schleimhautschicht, jedoch kein infiltrierendes Wachstum. Keine Entzündung.
132 2673/37	23	ml.	Resezierter Magen. Seit 1 Jahr Magenbeschwerden.	Tiefgehendes Magengeschwür mit hypertrophischer überhängender Schleimhaut in der Umgebung des Geschwürs. Wandverdickung der Gefäße.
133 2725/37	47	ml.	Excision aus Magenpolyp. Drüsen. Carcinomatöse Entartung? Klinisch Magenpolyp.	Papillärer adenomat. Krebs mit Lymphknotenmetastasen.

Lfd. Nr. u. J.Nr.	Alter	Geschl.	Klinische Mitteilungen	Anatomische Diagnose
134 2778/37	53	wbl.	Resez. Magen. Starke Abmagerung. Keine freie Hcl. Ca? Ulcus?	Das eigentl. Geschwür nicht im Material. Am Geschwürsrand geringfügige chronische Gastritis, bis in die tiefen Muskelschichten reichend. Epithelatypien, jedoch noch kein infiltrierend. Wachstum.
135 22/38	50	ml.	Magen-Darmpartie. Resektion wegen Ulcus pepticum an G.E.Stelle.	Peptisch. Geschwür des Dünndarms an alter Magenoperationswunde. Ausgedehntes Narbengewebe mit schwer veränderten Gefäßen.
136 40/38	65	ml.	Sektionsmaterial. Klinisch: Magen-Ca und Metastasen. 1929 G.E. wegen Ulcus ventr. Jetzt an der G.E.Stelle derber Tumor.	Adenomatöser Magenkrebs. Bindegewebsvermehrung im Pankreas. Diffuser infiltrierender Magenkrebs mit sekundärer Entzündung.
137 78/38	64	wbl.	Stück aus einem Magentumor. Hochsitzendes, ins Pankreas perforiertes Ulcus. Maligne Entartung?	Magengeschwür mit Granulationen. Kein Epitheltiefenwachstum. Keine chronisch-entzündlichen Erscheinungen.
138 79/38	26	wbl	Resez. Magen. Zweimal Blutung. Bei Operation kein Ulcus, nur perigastrische Verwachsungen.	Chronische Gastritis mit sekundären Gefäßerweiterungen und Blutungen.
139 85/38	45	ml.	Magen. Ulcus ventr.	Chronisches callöses Magengeschwür. Alte plastische Gastritis. Im narbig. Geschwürsgrund stark veränderte Gefäße, daneben gut erhaltene und wuchernde Kapillaren.

Lfd. Nr. u. J.Nr.	Alter	Geschl.	Klinische Mitteilungen	Anatomische Diagnose
140 114/38	51	wbl.	Magenresektion. Hochsitzendes Ulcus. Maligne Entartung?	Chronisches peptisches Geschwür. Atrophie der Magenschleimhaut. Auffallende Armut an lymphatischem Gewebe. Vernarbte kleine Defekte. Resorptionssteigerung der Lymphknoten.
141 156/38	48	wbl.	Magen. Resektion wegen zweier Duodenalulcera.	Kleines peptisches Geschwür. Ödem der Umgebung mit geringer reaktiver Entzündung. Schleimhaut sonst o. B.
142 164/38	28	ml.	Magen. Ulcus duodeni.	Schleimhauthypertrophie mit callösem Geschwür. Vermehrung der lymphat. Apparate.
143 238/38	62	ml.	Magenresektion. ½ Jahr Stenosebeschwerden. Hypersekretion.	Hypertrophierende Gastritis mit einzelnen Geschwüren. Keine Epithelatypien.
144 281/38	70	ml.	Magen. Gallert-Ca. 1. 2. 38 gestorben.	Schleimkrebs, stark infiltrierend wachsend.
145 289/38	30	ml.	Magenresektionspräparat. Jahrelang Ulcusbeschwerden, beg. Stenoseerscheinungen.	Chronische Gastritis mit Geschwürsbildung. Keine Epithelproliferationen. Hypertrophie der Muskulatur.
146 291/38	36	ml	Magen. G.E.Stelle. Ulcus pept. jejuni.	Völlig reaktionsloses Geschwür mit Blutung.
147 339/38	22	ml.	Magenresektion. Seit Jahren Ulcusbeschwerden.	Chronisch-plastische Gastritis mit Drüsenwucherungen und Vermehrung der Lymphknötchen. Peptisches Geschwür. Keine Epithel- oder Drüsenatypien.
148 344/38	30	ml.	Magen. Ulcus im Schnittbereich.	Kleines frisches Geschwür. Schleimhaut reich an lymphatischem Gewebe.
149 445/38	54	wbl.	Magen-Ca ohne Metastasen.	Adenomatöser Magenkrebs.

Lfd. Nr. u. J.Nr.	Alter	Geschl.	Klinische Mitteilungen	Anatomische Diagnose
150 457/38	44	ml.	Magengeschwür, das Pankreas penetrierend.	Perforierend. Magengeschwür im Versorgungsgebiet einer thrombosierten arteriosklerotischen Arterie. Chronisches Magengeschwür. Stellenweise Vermehrung d. lymphatischen Gewebes. Ausgedehnte Gefäßveränderungen.
151 471/38	57	wbl.	Ulcus callosum der hinteren Magenwand. Hoher Sitz, deshalb keine Excision.	Stark entzündete Wand eines peptischen Geschwürs. Angedeutete hyperplastische Gastritis mit stark. Vermehrung des lymphatischen Gewebes, Atypien von Drüsen.
152 493/38	52	ml.	Resezierter Magen. Klinisch: Erscheinungen von Pylorusstenose. Ulcus oder Myom?	Kleines peptisches Geschwür neben knotigem Myom. Keine wesentliche Entzündung.
153 510/38	44	wbl.	Excidiertes Ulcus des Magens.	Thrombosiertes arteriosklerotisches Gefäß. Geschwür im zugehörigen Bezirk (Infarkt).
154 539/38	55	wbl.	Magenulcus. Sanduhrmagen.	Geschwürsnarbe. Chronisch-atrophierende Gastritis mit Wucherungsneigung der Epithelien.
155 542/38	63	wbl.	Magenstück und Drüse. ½jährige Anamnese.	Diffuser kleinzelliger Krebs. Starke Vermehrung des lymphatischen Gewebes.
156 576/38	38	wbl.	Magenresektion wegen Verhärtung an d. Vorderwand des Pylorus.	Chronisch-plastische Gastritis mit Epithelatypien.
157 577/38	44	wbl.	Resektionspräparat bei Ulcus ventriculi.	Chronisch-peptisches Magengeschwür. Schwere Arteriosklerose teilw. mit Thrombenbildung.
158 583/38	42	ml.	Duodenalulcus mit Stenoseerscheinungen. Magenektasie.	Chron. Gastritis mit peptischem Geschwür. Keine Epithelatypien.

Lfd. Nr. u. J.Nr.	Alter	Geschl.	Klinische Mitteilungen	Anatomische Diagnose
159 585/38	35	ml.	Magen. Ulcusblutung. Hühnereigroßes Ulcus am Pylorus.	Großes peptisches Geschwür m. phlegmonöser Entzündung d. Umgebung. Arrosion eines Gefäßes. Katarrhalische Gastritis d. entfernteren Partien.
160 593/38	36	ml.	Resektionspräparat. Vor 10 Jahr. Magenblutung. Jetzt Billroth I, wegen in die Leber penetrierten Ulcus der kl. Curv.	Arteriosklerose der Magenwandgefäße. Tiefgehendes peptisches Geschwür. Nur reaktive katarrhalische Entzündung.
161 611/38	57	wbl.	Resez. Magen. Altes Ulcus duodeni. Schleimhauthypertrophie. Anhalt für Ca?	Geschwürsnarbe. Thrombose eines arteriosklerotischen Gefäßes m. hämorrhagischem Infarkt und oberflächl. Schleimhautnekrose. Hypertrophie der Magenschleimhaut. Chronische Gastritis.
162 680/38	55	ml.	Magenresektion. Grosses callöses Ulcus an der kleinen Curvatur.	Frisches peptisch. Geschwür. Geschwürsnarben. Atrophie der Schleimhaut. Arteriosklerose der Magengefäße.
163 716/38	45	ml.	Magen. Stenosierendes Ulcus. Pylorusstenose.	Perforiertes peptisches Geschwür. Verdickung der Gefäßwände d. zugehör. Bezirks.
164 743/38	38	wbl.	Magen-Ca. Drüse. Lange Anamnese. Besteht Anhalt für früh. Ulcus?	Kleinzelliger diffuser Magenkrebs. Mikroskop. nachweisbare Lymphknotenmetastase. Hypertrophische Schleimhaut, stellenw. katarrhal. Entzündg.
165 757/38	62	ml.	Magenpräparat. Seit Jahren Magenbeschwerden. Großes in das Pankreas penetrierendes Ulcus der kleinen Curvatur.	Teils atrophierende, teils hyperplast. Gastritis mit Vermehrung der lymphat. Apparate u. zahlreichen Drüsenatypien. Chron. peptisches Geschwür m. Verschwielung.
166 778/38	66	ml.	Excision aus Magentumor.	Solider Krebs.

Lfd. Nr. u. J.Nr.	Alter	Geschl.	Klinische Mitteilungen	Anatomische Diagnose
167 801/38	38	ml.	Magen. Status nach G.E. wegen perforiertem Ulcus.	Inmitten umschriebener starker Entzündung pept. Geschwür m. frischen Blutungen.
168 812/38	66	ml.	Magenresektion wegen Ulcus duodeni. Ulcus nicht im Präparat.	Chron. Gastritis. Stellenweise Vermehrung d. lymphatischen Apparate. Keine Epithelproliferationen. Stellenweise atrophische Schleimhaut.
169 848/38	55	ml.	Resektionspräparat eines Magen-Ca. Seit 3 Wochen Beschwerden.	Adenomatöser Krebs mit Schleimbildung. Nur reaktive Entzündung.
170 854/38	40	ml.	Stück Magen. Resektion wegen chron. Ulcus. Beginnendes Ca?	Chron. Magengeschwür mit starker Entzündung der Umgebung. Teils atrophierende, teils hypertrophierende Entzündung. Starke Wandverdikkung der Gefäße. Noch kein völliger Verschluß.
171 951/38	22	ml.	Vor ½ Jahr wegen Ulcus duodeni Bergmannkur. Jetzt wieder Beschwerden. Rö.: Ulcus duodeni.	Chronisch-hypertrophierende Gastritis u. Duodenitis. Streifige Rundzelleninfiltrate. Ulcus pepticum.
172 986/38	34	ml.	Magenresektion wegen Duodenalgeschwür. Geschwür nicht im Präp.	Erhöhte Schleimproduktion, große Gefäße d. Submucosa, sonst o. B. Kein besonderes Epithelwachstum, keine Entzündung.
173 1069/38	39	ml.	Magen. Multiple Ulcera im corpus ventriculi.	Atrophische Schleimhaut mit hämorrhagischen Erosionen. Sehr reichl. Lymphknötchen.
174 1092/38	28	ml.	Magenresektion wegen großem penetrierendem Ulcus. Dieses nicht reseziert.	Hyperämische Magenschleimhaut, normal.

Lfd. Nr. u. J.Nr.	Alter	Geschl.	Klinische Mitteilungen	Anatomische Diagnose
175 1115/38	49	ml	Magenresektionspräparat. Perforiertes Ulcus duodeni. Ulcus nicht reseziert.	Chronisch-schleimige Entzündung der Magen- und Darmwand. Keine Epithelatypien. Sekundäre Entzündung.
176 1129/38	47	ml.	Stück aus reseziertem Magen wegen Ulcus. Verdacht auf Ca.	Ausgedehnte phlegmon. Entzündung, am ausgesprochensten am Geschwürsrand, daneben chron.-plastische Entzündung mit Epithelatypien.
177 1194/38	65	wbl.	Magenresektionspräparat. Ca? (aus callösem Ulcus entstanden).	Geschwürig zerfall. schüsselförm. Krebs mit ausgedehnten Epithelwucherungen in der Muskulatur.
178 1326/38	46	ml.	Magen.	Call. Magengeschwür. Starke Entzündung des Narbengewebes. Keine chron. Entzündung. Dickwandige Gefäße.
179 1351/38	32	ml.	Magengeschwür und Drüsen.	Schwere Arteriosklerose der Magenwandarterien mit keilförmig zerfallender geschwüriger Nekrose, die durch reaktionsloses Narbengewebe abgetrennt wird.
180 1380/38	40	ml.	Magenresektionspräparat.	Kleinzellig. ulzerierter Krebs m. starker chron. Entzündung.
181 1395/38	26	ml.	Magenresektionspräparat.	Arteriosklerose. Keilförmiges penetrier. Duodenalgeschwür.
182 1404/38	45	ml.	Magenresektionspräparat.	Chronisches Magengeschwür mit Arteriosklerose der zugehörigen Gefäße. Atrophische Schleimhaut.
183 1505/38	33	ml.	Resezierter Magen.	Peptisches Duodenalgeschwür mit sekund. Entzündung. Unveränderte Magenschleimhaut.

Lfd. Nr. u. J.Nr.	Alter	Geschl.	Klinische Mitteilungen	Anatomische Diagnose
184 1510/38	41	wbl.	Resezierter Magen.	Chronische Gastritis mit Drüsenatypien und stellenweise Geschwürsbildung.
185 1529/38	44	ml.	Reseziertes Magenstück.	Thrombangitis obliterans. Keilförmiges Magengeschwür.
186 1635/38	55	wbl.	Magen.	Alte entzündl. Veränderungen (Narbenbildungen) der Muskulatur. Arteriosklerose der Gefäße. Chronisches peptisches Geschwür.
187 1689/38	65	ml.	Ulcus.	Arteriosklerose. Callöses Geschwür. Schleimhautatrophie.
188 1838/38	32	ml.	Reseziertes Magenstück.	Chronisch. peptisches Magengeschwür. In der Umgebung Entzündung der Schleimhaut.
189 1879/38	34	ml.	Magenresektion.	Geringgradige chron. Entzündung. Ausgesproch. Schleimhauthypertrophie mit Geschwürsbildg. Arteriosklerose. Narben in der Muskulatur.
190 1952/38	47	ml.	Magenpräparat.	Chron.-hyperplastische Gastritis mit Geschwürs- und Narbenbildung. Ausgesprochene sekundäre Sklerose.
191 1968/38	54	wbl.	Resezierter Magen.	Adenomatöser, z. T. schleimiger Krebs. Normale Magenschleimhaut.
192 1981/38	54	ml.	Magengeschwür.	Oberflächlich zerfallender Schleimkrebs des Magens.
193 1993/38	50	wbl.	Stück von reseziertem Magen.	Diffuser skirrhös. Magenkrebs mit Lymphknotenmetastase. Die darüberliegende Schleimhaut an zahlr. Stellen chronisch entzündlich verändert, mit Epithelatypien.

Lfd. Nr. u. J.Nr.	Alter	Geschl.	Klinische Mitteilungen	Anatomische Diagnose
194 2013/38	25	ml.	Magen. Ulcus nicht reseziert.	Chronische Gastritis in der ulcusfreien Schleimhaut mit ausgesprochener Schleimhauthypertrophie.
195 2065/38	74	ml.	Magenresektion.	Papillärer adenomatös. Krebs, übr. Schleimhaut atrophisch.
196 2089/38	39	ml.	Reseziertes Magenstück.	Vorwiegend atroph. Schleimhaut. Schwere Arteriosklerose. Tiefgehendes Magengeschwür.
197 2092/38	61	wbl.	Magenulcus.	Tiefgehendes call. Geschwür mit Narben in der Umgebung und starker Entzündung des Narbengebiets. Deutliche Gefäßwandverdickungen.
198 2118/38	52	wbl.	Magen und Drüsen.	Tiefgehendes call. Geschwür m. Zellatypien am Geschwürsrand. Arteriosklerose, stellenweise auch Einengung d. Gefäßlumens. Plast. Gastritis.

Literatur.

1. Anschütz und Konjetzny: Über die Geschwülste des Magens.
2. Dietrich, A.: Pathologisch-anatomische Grundlagen für die Operationsanzeige des chronischen Magengeschwürs.
3. Dietrich, A.: Über Ulcus und Ca.
4. Henke-Lubarsch: Handbuch der speziellen Pathologie und Anatomie.
5. Heyrovsky: Magenschleimhautbefund bei Ulcus ventriculi und Carcinom.
6. Heyrovsky: Histologische Untersuchungen der Magenschleimhaut bei Ulcus ventriculi und Carcinom.
7. Konjetzny: Beziehungen der chronischen Gastritis zum Magencarcinom.
8. Konjetzny: Über die Beziehungen der chronischen Gastritis mit ihren Folgeerscheinungen und des chronischen Magenulcus zur Entwicklung des Magenkrebses.
9. Konjetzny: Die Castritis in ihrer pathogenetischen Beziehung zum Ulcus und Carcinom.
10. Lehmann, J. C.: Neuere Anschauungen über die Pathogenese des Magenulcus und Carcinom.
11. Orator, V.: Über den Ulcus- und Carcinommagen.
12. Orator, V. und F. Metzler: Klinische und experimentelle Beiträge zur Ulcusfrage III. Zur Frage der Pathogenese und malignen Entartung des Magenduodenalgeschwürs.

Lebenslauf.

Ich wurde am 22. 9. 1911 als Sohn des Dipl.Ing. Reinhold Stübler und seiner Frau Emma, geb. Tafel, in Essen/Ruhr geboren. Die Reifeprüfung legte ich im Karlsgymnasium Stuttgart im Jahr 1930 ab. Nach zahnmedizinischen und medizinischen Studien an den Universitäten Tübingen, München und Kiel trat ich am 30. 10. 1934 als Freiwilliger ins Heer ein und wurde nach einjähriger Dienstzeit in Königsberg im November 1935 an die Militärärztliche Akademie in Berlin kommandiert, wo ich am 27. 7. 1937 das medizinische Staatsexamen ablegte. Das Unterarztjahr verbrachte ich am Standortlazarett Ludwigsburg. Seit 27. 11. 38 bin ich Truppenarzt beim Inf.Rgt. 134 in Wien und mit diesem zurzeit im Felde.

Kurt Stübler
Oberarzt.